

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

LA
TUBERCULOSE INFANTILE
ET SON AGGRAVATION
au cours des maladies aiguës

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

M^{me} SCHIFRIS, née Haïa-Sara MEKLER

Née à Kohanov (Russie), le 27 août 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

BAUMEL, Professeur.

GALAVIELLE, Agrégé.

LAGRIFFOUL, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1915

LA
TUBERCULOSE INFANTILE
ET SON AGGRAVATION
au cours des maladies aiguës

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 23

LA
TUBERCULOSE INFANTILE
ET SON AGGRAVATION
au cours des maladies aiguës

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1915

PAR

M^{me} SCHIFRIS, née Haïa-Sara MEKLER

Née à Kohanov (Russie), le 27 août 1888

Pour obtenir le Grade de Docteur d'Université
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
BAUMEL, Professeur.
GALAVIELLE, Agrégé.
LAGRIFFOUL, Agrégé. }

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1915



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSESEUR.
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU (✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), HAMELIN (✱), GRASSET (O. ✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU ✱, agr. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agr. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, Président.	MM. GALAVIELLE, Agrégé.
BAUMEL, Professeur.	LAGRIFFOUL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier décide que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON CHER PÈRE ET A MA CHÈRE MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON MARI

A MA FILLE TATIANNE

M^{me} SCHIFRIS-MECKLER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

Qui m'a inspiré le sujet de ma thèse.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
GALAVIELLE ET LAGRIFFOUL

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE PARIS

M^{me} SCHIFRIS-MECKLER.

AVANT-PROPOS

Parvenue au terme de nos études médicales et au moment d'accomplir le dernier acte de notre scolarité, il est de notre devoir de rendre un public hommage à nos Maîtres.

Qu'il nous soit permis de leur témoigner notre entière reconnaissance et l'assurance de toute notre respectueuse admiration.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0015

LA
TUBERCULOSE INFANTILE
ET SON AGGRAVATION
au cours des maladies aiguës

CHAPITRE PREMIER

DE LA TUBERCULOSE INFANTILE EN GÉNÉRAL

Fréquence. — La tuberculose chez les enfants et surtout dans la première enfance serait rare, d'après beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de pédiatrie ; parmi ces derniers nous rencontrons aussi les noms de Rilliet et Barthez.

Aujourd'hui, grâce aux recherches de Landouzy, Hutinel, Queyrat, Aviragnet, la fréquence de la tuberculose chez les enfants n'est plus niée.

Parmi les différentes statistiques, celle établie en France par Grancher, portant sur les élèves des écoles de Paris,

indique des signes de tuberculose ganglio-pulmonaire chez 14 p. 100 de garçons, 17 p. 100 de filles. Une statistique de Roux et Josserand portant sur 588 enfants donne une proportion de 44 p. 100 de tuberculeux cliniquement reconnus.

La statistique de Frebelius à l'étranger permet de distinguer que dans la population hospitalière la tuberculose tue un tiers des enfants au-dessous de 2 ans.

Pour notre propre compte, nous n'hésiterons pas à dire qu'il nous a été donné d'observer plusieurs cas de tuberculose chez les tout jeunes enfants, dont l'âge variait de 6 à 14 mois.

Anatomie pathologique. — Nous ne voulons pas, à propos de l'anatomie pathologique, refaire l'historique de la grave question de la tuberculose; nous n'exposerons pas la conception si lumineuse de Laënnec, un instant ébranlée et vivement attaquée par les affirmations de Virchow et son école, puis de nouveau triomphante grâce aux belles recherches de Grancher et de Thoin. Nous ne nous arrêterons pas davantage à la nouvelle phase dans laquelle vient d'entrer la question avec les inoculations de Willemin d'une part, et, d'autre part, la découverte de R. Koch. Les auteurs compétents ont tant écrit sur cette question, que nous ne pourrions que nous exposer à d'inutiles redites.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'irritation spéciale produite dans le tissu pulmonaire par la pénétration du bacille tuberculeux se présente sous ces deux formes habituelles dont les caractères sont les mêmes et sur lesquelles nous ne nous arrêterons pas : *la granulation* et *l'infiltration*.

Ce qui est particulier à *l'enfant*, c'est le mode de dis-

sémination des lésions tuberculeuses. A cet âge, le tubercule progresse par étapes successives et a moins de tendances que chez l'adulte à se cantonner dans l'organe où il a germé.

Chez *l'adulte*, le poumon est l'organe de prédilection sur lequel se fixe le bacille : de là vient la loi de Louis, qui dit qu'on n'observe de tubercules dans aucun viscère sans qu'il y en ait en même temps dans le poumon.

Chez l'enfant, la tuberculose exclusivement pulmonaire est l'exception et il peut arriver que le poumon, dans ces cas de tuberculose, se portent sur un grand nombre d'organes (Hutinel).

Ce qui caractérise encore l'infection tuberculeuse des enfants jeunes, c'est la netteté et le volume parfois énorme des lésions ganglionnaires correspondantes : l'adénopathie trachéo-bronchique, en particulier, vient ajouter ses signes propres à ceux de la tuberculose pulmonaire et parfois ces signes sont pendant longtemps les seuls perceptibles. A mesure que l'enfant grandit, ces différences s'atténuent.

Modes d'infection. — Chez l'adulte, les types d'infection qu'on rencontre le plus souvent sont : soit la pénétration des bacilles dans la circulation, soit leur aspiration dans les voies aériennes. L'infection par voie lymphatique est le cas le plus rare.

Chez l'enfant, l'infection par voie lymphatique joue un rôle considérable. Les ganglions lymphatiques tuberculeux sont souvent chez l'enfant ce foyer primitif : ganglions cervicaux, mésentériques. La généralisation est particulièrement rapide quand les ganglions en rapport direct avec le canal thoracique seront caséeux ou lorsqu'il y aura des tubercules de ce vaisseau (Weigert).

La propagation au poumon de la tuberculose ganglionnaire est un des caractères principaux de la tuberculose des jeunes enfants. Elle se ferait par deux procédés : soit par contiguïté, le processus tuberculeux envahissant d'abord la capsule résistante du ganglion, puis la traversant et envahissant les tissus adjacents ; soit par perforation d'une bronche et pénétration dans les voies aériennes en masse, d'où pneumonie caséuse par aspiration. Peut-être pourrait-on expliquer de cette façon le siège des lésions caséuses assez souvent au lobe moyen (Grancher) ou à la base des poumons, pas au sommet comme chez l'adulte.

Evolution des lésions. — Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'évolution des lésions tuberculeuses du poumon est la *caséification* et transformation fibreuse. Toutefois le premier de ces processus est le plus fréquemment observé. Les travaux de Landouzy, Queyrat, Aviragnet et de beaucoup d'autres ont prouvé qu'il s'agit alors en général de tuberculoses **généralisées**. Voilà le premier caractère. L'organisme du petit malade, trop faible pour se défendre et localiser l'infection, se laisse rapidement envahir par le bacille de Koch et la tuberculose du premier âge tue par dissémination. Ces lésions tuberculeuses restent au stade de granulation et c'est par leur généralisation qu'elles arrivent rapidement à causer la mort. Dans certains cas, cependant, dès la première enfance, la tuberculose peut porter surtout sur l'appareil pulmonaire.

Le second caractère de la tuberculose du premier âge est que l'évolution des lésions tuberculeuses ne suit pas le plus souvent son complet développement. L'enfant meurt avant que le tubercule ait achevé ses métamor-

phoses. Quelquefois seulement les lésions tuberculeuses peuvent accomplir les différents stades de leur évolution. Les tubercules se ramollissent et se caséifient et l'extension de ce processus arrive à constituer des cavernes.

La question de l'existence des cavernes chez les jeunes enfants a été longtemps niée. Les travaux de ces dernières années sur la tuberculose de la première enfance, en montrant la fréquence plus grande de la tuberculose du jeune âge, ont bien mis en évidence que les cavernes, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles même chez les tout jeunes enfants présentant quelques caractères différents.

En général, dans les deux tiers des cas, il s'agit d'une caverne due à la fonte rapide d'une pneumonie caséuse. Cette caverne siège le plus souvent à la partie moyenne, et aussi bien au sommet qu'à la base. Elle peut être de différent volume, elle est comme creusée au milieu d'un bloc hépatisé et sa paroi, tomenteuse, est formée de masses caséuses ramollies.

Parfois, dans un tiers des cas, ces cavernes rappellent celles de l'adulte. Elles siègent au milieu d'un tissu pulmonaire sclérosé et renferment des brides vasculaires prédisposant aux hémoptysies foudroyantes.

Hémoptysies. — La tuberculose infantile s'accompagne-t-elle d'hémoptysies? Les différents travaux faits sur cette question démontrent que la tuberculose chez les enfants du premier âge peut bien s'accompagner, comme celle de l'adulte, d'hémoptysies intra et extra-pulmonaires. Mantel (1), dans une série de 20 observations,

(1) Mantel. — Hémorragies tuberculeuses chez les enfants (*Progress médical*, 1887).

raconte des cas d'hémoptyxies chez les jeunes enfants de différents âges :

Obs. I : Hémoptyisie chez une enfant de 4 mois.

Obs. II : Hémoptyisie foudroyante chez un enfant de 2 ans.

Obs. III : Hémoptyisie mortelle chez un enfant de 7 mois.

Obs. IV : Hémoptyisie foudroyante chez une enfant de 2 ans et demi.

Obs. V : Hémoptyisie foudroyante chez un enfant de 16 mois.

Obs. VII : Hémoptyisie mortelle chez un enfant de 3 ans et demi.

Les autres observations ont été prises chez des enfants plus âgés. Tous ces malades étaient tuberculeux.

Formes anatomiques. — On peut distinguer, chez l'enfant comme chez l'adulte, trois formes principales : 1° la *phtisie aiguë granuleuse*, ou *granulie* ; 2° la *phtisie aiguë pneumonique* ; 3° la *phtisie ulcéreuse commune*. Mais ce qui différencie la tuberculose pulmonaire des enfants de celle de l'adulte, c'est que celle-ci, chez l'enfant, fait partie d'une tuberculose généralisée aiguë ou chronique.

Formes cliniques. — A ces trois formes anatomiques correspondent des formes cliniques distinctes :

1° La *tuberculose aiguë généralisée*, ou *granulie* ;

2° La *tuberculose broncho-pneumonique* ;

3° La *tuberculose à forme chronique*.

Dans l'enfance, la forme *la plus habituelle* de la tuberculose localisée, ou prédominante au niveau des poumons, revêt le type de la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë.

Au point de vue clinique, la tuberculose à forme broncho-pneumonique se présente avec les caractères de la broncho-pneumonie simple, et son évolution traînante seule permet de faire le diagnostic toujours difficile.

La tuberculose pulmonaire à forme *chronique* est au contraire très rare ; on peut dire qu'elle ne se rencontre presque pas dans la jeune enfance.

Avant d'aller plus loin, avant de parler du pronostic et du traitement de la tuberculose chez les enfants, nous allons nous occuper de l'autre question de notre sujet : Comment agissent les maladies aiguës sur la marche de la tuberculose ?

CHAPITRE II

DE L'AGGRAVATION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU COURS DES MALADIES AIGUES

Parmi les maladies aiguës qui exercent une influence néfaste sur la tuberculose, nous avons eu l'occasion d'étudier en première ligne la rougeole, la broncho-pneumonie et la coqueluche.

Les observations I et II que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Baumel dénotent bien le terrible coup de fouet donné par la broncho-pneumonie intercurrente au petit malade atteint seulement de tuberculose larvée.

Ces mêmes observations nous montrent encore que la maladie aiguë (broncho-pneumonie) a évolué normalement, et c'est au cours de la convalescence de la broncho-pneumonie rubéolique, qui a évolué en 10-15 jours, qu'on voit survenir une rechute, qui, au lieu de

guérir comme l'atteinte précédente, prend l'évolution traînante avec amaigrissement rapide de la tuberculose.

C'est alors ici une démonstration de l'aggravation de la tuberculose préexistante par l'intercurrence d'une maladie aiguë.

L'observation III nous montre un cas où la tuberculose n'existait avant qu'à l'état larvé. La broncho-pneumonie a évolué normalement; en quinze jours le malade paraissait guéri. Et voilà qu'avant qu'un mois soit écoulé on constate une nouvelle élévation de la température avec les écarts du matin au soir. L'enfant continue à tousser, et maigrit d'un jour à l'autre.

A l'examen, on trouve de la matité sur toute la surface des poumons, de l'expiration très prolongée et des râles disséminés. M. le professeur agrégé Lagriffoul fait l'examen des crachats et trouve des bacilles de Koch.

Cette observation nous démontre bien le cas de tuberculose infantile larvée réveillée par les maladies aiguës.

L'influence de la coqueluche et de la rougeole est pour ainsi dire encore plus néfaste. Ce sont ces maladies que l'on dénomme *malades phtisiogènes*.

La rougeole, dit Landouzy, a, comme fièvre, à proprement parler, mis à l'étuve le bouillon de culture représenté par le bébé en puissance de bacillose: le bouillon de culture ensemencé, mais inerte, n'attendait que l'élévation de température produite par l'invasion de la rougeole pour donner des résultats positifs.

La rougeole peut évoluer pour son propre compte, normalement; mais, chemin faisant, elle fait desquamer l'épithélium de l'arbre respiratoire, qui normalement oppose une barrière suffisamment résistante aux invasions parasitaires, et laisse la porte ouverte à l'invasion ultérieure.

L'observation IV est bien démonstrative. Le petit malade de 4 ans qui était soigné à l'hôpital pour bronchite contracte le 13 mai la rougeole, et on le transporte alors dans un service spécial.

Trois semaines après, l'enfant est tout à fait guéri de sa rougeole. On l'examine : état général mauvais, amaigrissement, la toux est plus fréquente. Léger souffle au poumon droit.

Les jours suivants, le souffle devient plus intense. L'état de l'enfant s'aggrave. La température présente les caractères bien nets de la tuberculose, avec les oscillations de la fièvre hectique.

Trois semaines après son retour des rougeoleux, l'enfant meurt. A l'autopsie, on trouve de grosses granulations tuberculeuses.

Nous trouvons également confirmation de ce fait dans l'observation V. L'enfant entre à l'hôpital pour rougeole. Ses antécédents héréditaires nous apprennent que le père est bronchitique et que la mère jouit d'une bonne santé habituelle. Notre petit malade a eu une bronchite, qui lui a laissé une petite toux sèche.

L'éruption date du 11 février. Les jours suivants, l'auscultation décèle des râles fins disséminés dans la poitrine. Quelques jours après, on observe du souffle.

L'enfant meurt le 19 février, et à l'autopsie on trouve à la coupe des deux poumons, dans toute leur hauteur, des lésions tuberculeuses à différents degrés d'évolution, plusieurs semblables à celles de la granulie.

Les observations VI et VII corroborent les mêmes faits.

D'après le témoignage de nos observations, nous pouvons bien dire que les maladies aiguës, dans la majorité

des cas, aggravent la tuberculose infantile préexistante et réveillent la tuberculose larvée.

Nous nous sommes longuement arrêtée sur les complications de la tuberculose par les maladies aiguës, parce que nous avons été frappée par ce fait en suivant la consultation de médecine faite par M. le professeur Baumel à la clinique des enfants.

Il nous reste à dire quelques mots sur le pronostic et le traitement en général de la tuberculose chez les enfants.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose pulmonaire chez les enfants est beaucoup plus sévère que chez les adultes, et cela s'explique facilement par ce fait que chez eux les formes aiguës sont beaucoup plus fréquentes.

Ce sont, comme nous l'avons mentionné plus haut, les formes granulique et broncho-pneumonique qui sont les deux formes propres à l'enfance. Ici le processus de sclérose n'a pas le temps de se faire, et la forme fibreuse de la tuberculose est une exception.

Les éléments favorables au pronostic seront le retour de la température à la normale et sa persistance à 37° pendant quelques mois, l'augmentation progressive de poids, la conservation de l'appétit ; tout cela indiquera que le processus est éteint.

Traitement. — Chez les tout jeunes enfants, le traitement thérapeutique est totalement impuissant, puisque les formes les plus fréquentes sont à évolution très rapide.

Le principal rôle dans le traitement de la tuberculose infantile est réservé aux mesures prophylactiques destinées à écarter les sources de l'infection bacillaire chez les enfants, et aux mesures d'hygiène pendant l'élevage et l'allaitement des enfants qui mettront son organisme en état de résister au développement des tubercules. Les mêmes mesures s'adressent aussi bien à tous les enfants désignés comme candidats à la tuberculose par leur hérédité ou par leurs maladies antérieures.

Le traitement des enfants déjà grands chez lesquels la tuberculose pulmonaire peut se présenter sous des formes lentes comprend deux parties d'inégale importance : le traitement hygiénique, de beaucoup le plus utile et le plus efficace, et le traitement médicamenteux.

I. — TRAITEMENT HYGIÉNIQUE. — La formule du traitement est presque identique à celle de l'adulte en ses grandes lignes : repos, aération, alimentation.

Pour le *repos*, nous dirons qu'à l'enfant sera imposée la chaise longue pendant plus ou moins de temps chaque jour.

Pour l'*aération*, qui est le point capital du traitement, on doit chercher à la pratiquer dans tous les cas et dans toutes les conditions ; elle sera d'autant plus utile et plus active qu'elle s'exercera dans les endroits choisis. Pour obtenir le meilleur résultat, l'enfant sera laissé étendu sur une chaise longue, garanti contre le froid, le vent, la pluie, mais le plus possible en plein air.

Nous pouvons citer, dans le même ordre d'idées, les sanatoria maritimes et d'altitude, répondant les uns et les autres à des indications spéciales.

La gymnastique respiratoire est indiquée seulement quand les lésions pulmonaires sont nettement en voie de guérison. Dans les cas, au contraire, où le processus tuberculeux est encore en activité, une gymnastique intempestive peut déterminer une accélération dans la marche de la maladie.

L'*alimentation* doit être soigneusement surveillée; la suralimentation est la règle. La ration fournie à l'enfant doit comprendre la ration d'entretien, la ration d'accroissement et la ration de guérison, en tenant certainement compte, pour chaque cas particulier, de la capacité d'assimilation du sujet: ce qui profite, ce n'est pas la ration ingérée, mais la ration réellement digérée et assimilée.

II. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — Pour le traitement général reconstituant, on recommandera l'huile de foie de morue en l'alternant avec le sirop iodotannique, ou le phosphate de chaux et toutes autres préparations phosphatées.

Le *traitement symptomatique* doit répondre à des indications variées.

Contre la toux, on prescrira le benzoate de soude, la belladone, etc.

Contre la fièvre, l'antipyrine et au besoin les enveloppements humides et froids du thorax.

L'hémoptysie, si elle survient, est plus souvent foudroyante; quand elle apparaît au début de la tuberculose congestive, on essaiera la glace.

Le *traitement spécifique* par une médication antibacillaire n'existe presque pas. On pourrait quand même essayer le carbonate de gaïacol (5 à 10 centigr. par cachet).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle. — Prise dans le service de M. le professeur BaumeI

Eugène C..., 1 an et demi, entré dans le service de M. le professeur BaumeI, le 17 novembre 1914, pour broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Père bronchitique. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri à la bouteille, cet enfant a toujours été un peu chétif. A toujours un peu toussé depuis sa naissance.

Le 18 novembre, à l'examen, l'enfant présente tout le tableau clinique de la broncho-pneumonie : dyspnée, toux, fièvre légère (37°7), et à l'auscultation on constate l'existence de râles sous-crépita

Le lendemain, 38°. Les jours suivants, 40°.

On fait le traitement habituel de la broncho-pneumonie :

Benzoate de soude.....	1 gr.
Looch.....	120 —

Teinture de digitale II-III gouttes pour soutenir le cœur, et on laisse l'enfant au lait.

Puis la température commence à tomber graduellement : 39° le 24 novembre, puis 38°8, 37°9, 37°6, 37°, la dernière température prise le 4 décembre.

Le 18 décembre, la température, sans raison apparente, remonte à 38° et 39° ; en même temps la dyspnée et la toux réapparaissent.

On examine le petit malade, et on trouve des foyers qui sont la cause de ces troubles fonctionnels.

A la percussion on constate au poumon droit de la matité aussi bien au sommet qu'à la base.

A l'auscultation on perçoit des râles sous-crépitants et un léger souffle.

Les jours suivants, on trouve les mêmes signes à l'autre poumon. La toux devient de plus en plus inquiétante, l'enfant maigrit et continue toujours à avoir la température avec un écart d'un demi-degré le soir.

Le 31 décembre, l'enfant est mort en pleine tuberculose.

OBSERVATION II

(Personnelle. — Prise dans le service de M. le professeur Baumel)

Benjamin Cl..., réfugié belge, âgé de 4 ans, entré le 5 octobre 1914 dans le service de M. le professeur Baumel pour broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère bien portante. Un frère et une sœur atteints de gastro-entérite.

Antécédents personnels. — Rougeole à 2 ans. Trachéo-bronchite au moment de l'entrée. L'enfant tousse légèrement; il prend facilement froid.

État actuel. — L'enfant tousse et est oppressé, température 38°. A l'examen on trouve tous les signes de la broncho-pneumonie. On administre le traitement habituel du service.

Le 5 octobre, la température tombe brusquement à 36°, et le 9 octobre on constate une nouvelle ascension à 39°.

La température se maintient jusqu'au 8 novembre avec de légères oscillations matin et soir.

Puis, sans cause apparente, on voit la température monter à 38°, 39° et même 40°.

A l'examen on trouve de la matité au sommet et à la base, et une respiration très soufflante; de plus, des râles disséminés.

On administre pendant trois jours de suite au petit malade 0 gr. 10 d'antipyrine pour combattre l'hyperthermie. La température s'améliore un peu, tout en restant toujours au-dessus de 39° avec des écarts, entre le matin et le soir, de 1°5 à 1°9 (!). La toux s'aggrave, le malade maigrit.

Le 2 décembre, le petit malade meurt avec une température de 39°3.

OBSERVATION III

(Personnelle. — Prise dans le service de M. le professeur Baumel)

Charles P..., âgé de 9 ans, entré dans le service de M. le professeur Baumel, le 29 septembre 1914, pour broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant s'enrhumait facilement et toussait l'hiver. Pas de rougeole, ni de fièvre typhoïde dans le jeune âge. Il était opéré dernièrement de végétations dans le nez, d'une nature que nous ne connaissons pas.

Etat actuel. — L'enfant a la température 39°, tousse et a de la dyspnée.

Le lendemain, on examine l'enfant et on trouve à l'auscultation l'existence sur plusieurs points des poumons des deux côtés des râles sous-crépitaux.

Deux semaines passent : l'enfant commence à aller mieux, mais la température ne baisse pas tout à fait.

Le 17 octobre, l'enfant présente une élévation marquée de la température qui continue à rester élevée, avec une allure de fièvre hectique. La toux devient plus inquiétante.

A l'examen, on trouve sur toute la surface des poumons l'expiration très prolongée, et partout des râles disséminés.

M. le professeur agrégé Lagriffoul fait l'examen des crachats et trouve des bacilles de Koch.

L'enfant continue toujours à tousser, il maigrit énormément.

Il meurt le 14 novembre, six semaines après son entrée.

OBSERVATION IV

(A. Gazeau. — Thèse Paris, 1910)

D... Jean, quatre ans, était soigné à l'hôpital pour bronchite ; il contracta la rougeole le 13 mai et passa dans un service spécial. Trois semaines plus tard, le 5 juin, il revient dans la salle où il était précédemment.

Examen. — Etat général mauvais. Amaigrissement. La toux est plus fréquente. Léger souffle dans le poumon droit.

7 juin. — Souffle plus intense. Râles sous-crépitaux dans les deux poumons.

Les jours suivants, mêmes signes stéthoscopiques. L'état de l'enfant devient de plus en plus mauvais. La température présente les oscillations de la fièvre hectique. Il meurt au bout de trois semaines, après son retour du pavillon des rougeoleux, le 27 juin.

Autopsie. — Adhérences pleurales à droite. Au niveau de la base et de la partie moyenne du poumon droit, grosses granulations casécuses, entourées d'un semis de granulations plus petites. Lésions banales de broncho-pneumonie. Foie marbré, présente à la surface des granulations tuberculeuses.

OBSERVATION V

(Résumée. — A. Gazeau. — Thèse Paris, 1910)

R... Lucienne, quatre ans, entre à l'hôpital pour rougeole.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de bronchite chronique. Mère bien portante. Ni frère; ni sœur.

Ant. personnels. — Née à terme, nourrie au sein. A eu une bronchite l'année dernière; depuis, petite toux sèche, survenant spécialement le matin. Eruption le 11 février.

12 février. — Râles fins disséminés dans la poitrine.

Les jours suivants, mêmes signes; on observe du souffle; la température monte un peu. Dyspnée progressive. Il apparaît une légère réaction méningée. On porte le diagnostic de broncho-pneumonie.

18 février, au soir. — La température monte brusquement. Dyspnée plus intense en tirage. Cyanose.

L'enfant meurt le 19.

Autopsie. — On trouve quelques adhérences pleurales bilatérales à la partie postérieure du médiastin. On voit de volumineux ganglions qui se continuent avec les ganglions du hile. A la coupe de deux poumons, dans toute leur hauteur, nombreuses lésions tuberculeuses à différents degrés d'évolution, les unes casécuses, les autres semblables à celle de la granulie. Entre les lésions, le parenchyme pulmonaire apparaît rouge, plus

ou moins congestionné suivant les points considérés. A la surface de la plèvre, nombreuses granulations tuberculeuses. Granulations transparentes à la surface du foie et dans les reins.

Encéphale : léger exsudat séro-purulent sous la pie-mère. A la coupe de la partie moyenne de l'hémisphère droit, il y a un noyau, gros comme une lentille (tubercule caséeux), absolument sous-méningé.

OBSERVATION VI

(A. Gazeau. — Thèse Paris, 1910)

B... Henri, âgé de 6 ans, est amené à la consultation parce qu'il tousse et maigrit.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a trois ans, à 35 ans, de pleurésie (bacillaire probablement; était éthylique. Mère, âgée de 33 ans, s'enrhume facilement; tousse un peu; crache surtout le matin.

Antécédents collatéraux. — Le petit malade a eu :
1° Un frère mort à 8 ans de méningite tuberculeuse;
2° une sœur, âgée de 7 ans 1/2, de constitution faible.

Antécédents personnels — Né à terme, grossesse et accouchement normaux; élevé au biberon, a marché tard et s'est développé très lentement et très mal au point de vue intellectuel. Tousse toujours un peu, surtout l'hiver; ne crache pas; maigrit beaucoup; n'a pas d'appétit.

Examen : Etat général : amaigrissement, un peu de rachitisme. Rate normale. — A l'auscultation, on trouve

à droite et en arrière un peu de diminution du murmure vésiculaire ; l'expiration est un peu prolongée. Ganglions axillaires et sous-maxillaires.

17 mai. — Trois semaines après cet examen, l'enfant contracte la rougeole.

18. — A l'auscultation : râles disséminés dans les deux poumons, surtout à droite.

21. — Mêmes signes stéthoscopiques.

25. — Les râles sont moins nombreux.

29. — Submatité légère à droite et en arrière ; il y a encore quelques râles, surtout aux bases.

4 juin. — Submatité un peu plus accentuée à droite et en arrière. Respiration légèrement soufflante en arrière, auprès de la ligne médiane et à droite.

La température présente une petite élévation le soir.

L'enfant est envoyé quelques jours après à la campagne.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire sur la tuberculose infantile et son aggravation au cours des maladies aiguës, nous tirerons les conclusions suivantes :

I. — La tuberculose est très fréquente dans le jeune âge.

II. — Elle se présente en général, au point de vue clinique, sous une forme aiguë à évolution rapide.

III. — Les maladies aiguës intercurrentes aggravent dans la majorité des cas la tuberculose déjà préexistante, dans d'autres cas elles la réveillent.

IV. — Le pronostic de la tuberculose chez l'enfant est beaucoup plus sévère que chez l'adulte.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 23 juillet 1915.

Pour le Recteur,
Le Professeur de Faculté délégué,
P. GACHON.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 23 juillet 1915.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AVIRAGNET. — De la tuberculose chez les enfants (Thèse de Paris, 1891-1892).
- BAUMEL. — Maladies des enfants.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité des maladies des enfants.
Congrès médical, 1887.
- CONSTANTINEVITCH. — Tuberculose de la première enfance (Thèse de Paris, 1898-1899).
- DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne.
- GAZEAU (Alfred). — Rougeole et tuberculose (Thèse de Paris, 1910).
- GRANCHER, COMBY, MARFAN. — Traité des maladies des enfants.
- HUTINEL. — Maladies des enfants.
- LANDOUZY. — Congrès de la tuberculose, 1889.
- MAGÉ DE LÉPINAY. — Société médicale des hôpitaux, 1909.
- QUEYRAT. — Tuberculose du premier âge (Thèse de Paris, 1886).
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité pratique et clinique des maladies des enfants.
- SIMON. — Maladies des enfants.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
